COMISIÓN PRO CTI DEL HOSPITAL DE SAN JOSÉ

Destino de los fondos del legado de Donagaray
(ver exposición)

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL DE SAN JOSÉ

Situación del Servicio de Quimioterapia
(ver exposición)

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 5 de abril de 2005

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Luis José Gallo Imperiale.

MIEMBROS: Señores Representantes José Quintín Olano Llano y Álvaro Vega.

DELEGADOS DE SECTOR: Señores Representantes Manuel María Barreiro Maldonado y Alberto Casas.

CONCURRE: Señora Representante Mónica Travieso.

INVITADOS: Por la Comisión Pro CTI del Hospital de San José, señoras Teresa Álvarez, Marta Curcho y Marta Puerto y señores Gerardo Vilche, Ruben Paterlini, padre Nelson González y doctor Manuel Roquero.

Por la Asociación de Familiares y Pacientes Oncológicos del Hospital de San José, doctora Selva Peón y señores Sergio Ferrada y Roberto Bacigaluz.

SEÑOR PRESIDENTE (Gallo Imperiale).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión tiene el gusto de recibir a la Comisión Pro Centro de Tratamiento Intensivo y Defensa de la Salud del departamento de San José, integrada por las señoras Teresa Álvarez, Marta Curcho y Marta Puerto,

y los señores Gerardo Vilche, Manuel Roquero, Ruben Paterlini y Nelson González.

Con fecha 16 de marzo de este año recibimos una nota en la que solicitaban participar de esta Comisión a los efectos de informar sobre la situación que se viene planteando en el Hospital de San José y el trabajo que se está haciendo con respecto a la instalación del CTI. Según consta en las versiones taquigráficas, ya han sido recibidos en Legislaturas anteriores para plantear esta inquietud que tiene su punto de partida en una herencia de don Juan Donagaray, que dio lugar a un largo proceso aún no resuelto.

SEÑOR GONZÁLEZ.- Es un gusto y una alegría poder estar aquí, aunque desgraciadamente este tema no es nuevo, sino que tiene una historia muy larga, puesto que desde que murió don Juan Donagaray han pasado treinta años.

Como me han solicitado ser el vocero de esta delegación, me permití hacer un pequeño esquema para que los señores Diputados puedan seguir el desarrollo de lo que hemos conversado con los compañeros. Se trata de un tema muy amplio que trataré de sintetizar.

Esta Comisión Pro CTI y Defensa de la Salud del Hospital de San José está integrada por un grupo heterogéneo de ciudadanos del departamento que hemos intentado, durante cinco años, canalizar un clamor popular y un sentir muy fuerte de la población de San José que se ha expresado en más de veintitrés mil firmas, marchas y movilizaciones en muchísimas instancias. Por tanto, es un clamor que se ve en las calles de la ciudad. Trabajamos en forma totalmente honoraria. Esta Comisión no tiene Tesorero y nunca administró dinero. Los gastos, desde la fotocopia que trajimos hasta el combustible del vehículo que utilizamos, se pagan de los bolsillos de cada uno de nosotros. Nuestro único interés es aportar a la búsqueda de soluciones a los problemas de la salud en el departamento y en la región, especialmente de las personas y las familias de menos recursos económicos.

Por otra parte, me voy a referir al estado actual del Hospital de San José. La semana pasada mantuvimos una entrevista con la actual Ministra de Salud Pública, la doctora María Julia Muñoz, quien estaba acompañada por el doctor Baltasar Aguilar, del departamento de San José, que en este momento se desempeña en ASSE. Ellos nos describieron la visión que tienen del Hospital, que coincide con la de la población de San José. En este momento el estado del hospital es lamentable, por decirlo brevemente. Sin embargo, se da una ironía, porque uno de los centros del país que está en peores condiciones -frase textual de las actuales autoridades y que responde a informes de la Administración anterior-, tuvo a su disposición una herencia multimillonaria en dólares. La población de San José no logra entender por qué, disponiendo en el año 2000 de un poco más de US$ 2:000.000 hoy, cinco años después, el hospital se encuentre en ese estado.

Dentro de ese estado global del hospital se da un drama muy concreto, que es el que dio origen a nuestra Comisión. Antes de que surgiera esta Comisión, en forma espontánea el pueblo de San José, haciendo uso del artículo 30 de nuestra Constitución, realizó una petición al Ministerio de Salud Pública. Como esta no tuvo andamiento, surgió una Comisión para tratar de facilitar una solución al drama que hay entre los pacientes necesitados de tratamiento intensivo, que son trasladados a los puntos más diversos del país. Son frecuentes los traslados a Tacuarembó, a Salto y en el mejor de los casos a Florida, que es donde está el CTI más cercano. A veces pacientes críticos han atravesado el país, algunos no han llegado al lugar de destino y otros han llegado a un lugar equivocado. Un paciente que tenía que ir a Tacuarembó por un tema neurológico, terminó en Salto y como llegó en un estado en el que ya no se lo podía trasladar, murió allí.

Esto supone un drama para las familias de San José, así como para las de otros lugares del interior que comparten esta misma problemática de traslado. Sabemos que hay departamentos que están pasando por situaciones semejantes. No conozco la procedencia de cada uno de los Diputados aquí presentes, pero más de uno sabrá -sobre todo cuando se alejan de la capital- dónde se concentra gran parte de los recursos.

Esta situación no solo supone un drama para el paciente -ya que no todos están en condiciones de soportar largos traslados- sino también para la familia. Se trata de familias de bajos recursos que tienen familiares internados, por ejemplo, en Tacuarembó y para pedir informes tienen que ir hasta allá, sin que se les proporcione el dinero para el pasaje. Como no tienen familiares en esos departamentos, ni siquiera tienen dónde ducharse, y muchas veces tienen que optar entre visitar a su familiar o comer ese día.

A esto se suma otra situación particularmente dura para la familia: en caso de fallecer el paciente, Salud Pública no se hace cargo del traslado de los restos. Más de una vez ha habido que organizar colectas populares para traer a un difunto a San José desde 300 o 400 kilómetros, con los altos costos que tienen los servicios fúnebres.

Salud Pública ha estado gastando mucho dinero en la atención de estos pacientes, porque gran parte de ellos ha sido derivado a centros privados. Al respecto, manejamos cifras del año 2000, que fueron las únicas a las que pudimos tener acceso. En ese año se gastó una cifra que ronda los US$ 400.000, solamente en pacientes de San José que se atendieron en centros privados, a lo que hay que sumarle lo que se gastó en los pacientes que se derivaron a los hospitales, lo que no es fácil de cuantificar.

Entendemos que con lo que Salud Pública ha venido gastando en estos años, se podría conseguir una cama más cercana, ya sea en el sistema público -que es lo más conveniente económicamente- o en el privado. No puede ser que la cama esté tan lejos del paciente, y este tan lejos de la familia, teniendo en cuenta las dificultades del retorno en caso de fallecimiento, lo que es casi humor negro.

La propuesta que surgió fue instrumentar un CTI en el Hospital de San José, cuando este disponía de recursos para hacerlo. En ese momento había US$ 2:250.000, de los cuales van quedando unos US$ 300.000, lo que todavía permitiría la instalación de un CTI. En todo el departamento solamente hay cuatro camas de CTI que están en el sanatorio de la Asociación Médica de San José, vinculada a FEMI, y muchas veces no dan abasto para su propia población, que supera los 30.000 socios, sobre todo en el invierno. Por este motivo, FEMI no siempre asegura camas a los pacientes de Salud Pública, siempre que esta decida enviarlos a esa institución. También ha pasado en períodos de restricción de gastos que Salud Pública, aun teniendo una cama libre a cuatro cuadras en San José, manda a un paciente a otro CTI del país.

Esta petición fue realizada en el año 2000, acompañada por 23.570 firmas y muchas más que quedaron sin presentar. Fue respaldada por las organizaciones sociales de San José, la Iglesia Católica, la Cámara del Pueblo, el Plenario de Trabajadores Maragatos, la Asociación Rural, la Asociación de Productores Lecheros, el Centro Comercial e Industrial de San José, el Club de Leones, el Rotary Club y la Asociación de Usuarios del Sistema de Salud. Fue asumida por autoridades municipales de las Intendencias y por unanimidad de los Ediles de todas las bancadas con representación en la Junta Departamental de San José. También tuvo expresa adhesión de los partidos políticos con representación; los partidos políticos como tales también se pronunciaron.

La Junta Departamental de San José, en conjunto con la Comisión de Salud, convocaron a un Foro en 2001, que fue presidido por el profesor Carlos Gómez Haedo, Catedrático Emérito de la Facultad de Medicina; también dejaremos estas actas en poder de la Comisión. En este Foro participaron todos los actores involucrados. Asistieron todos los Ediles que integran la Junta, los dos Diputados que en ese momento tenía el departamento, todas las organizaciones sociales y el gremio médico. El único ausente, lamentablemente, fue el Ministerio de Salud Pública. Hay una carta que consta en actas que dejó la Comisión de Salud, Higiene y Medio Ambiente de la Junta Departamental de San José, lamentando que a pesar de que el Ministerio de Salud Pública no se hizo presente en ese Foro, ni siquiera excusó su inasistencia. La Directora del Hospital de San José de aquel momento fue a título personal y aclaró que no tenía ningún respaldo del Ministerio de Salud Pública para estar presente en el Foro. Hubo un amplio debate sobre el tema. Este fue presidido por el doctor Carlos Gómez Haedo y se buscó, de todas formas, la más amplia participación popular y reflexión, no solo de los actores políticos del departamento, sino también de sus fuerzas vivas. Este debate concluye con palabras muy interesantes -que podrán leer en las actas del Foro-, hablando de que hoy es impensable que exista un hospital con más de cien camas, que opere y que no disponga de un CTI cercano.

Entendemos que aquí no solo hay un tema técnico y económico, sino una deuda moral del Ministerio de Salud Pública con San José. Este pueblo le ha dado todo al hospital, empezando por el edificio que estuvo más de diez años sin funcionar, y que con colecta popular lo terminó hacia el año 1958, juntando $ 75.000 de la época -cuando el dólar tenía otro precio-, y con el trabajo voluntario de muchos trabajadores de la ciudad y del campo que ofrecieron horas gratis para levantar paredes en el hospital. La mudanza se hizo en un solo día, en una caravana enorme de vehículos particulares, trasladando todo lo que hay en un hospital, material y enfermos.

El Hospital de San José, frente al primer caso de polio, tuvo en un solo día el pulmón de acero, como se le llamaba en aquella época. Posteriormente, también tuvo el primer equipo de diálisis -propiedad del

Ministerio de Salud Pública- por colecta popular. En ese contexto también estuvo la herencia de don Juan Donagaray, que ciertamente era muy superior a la cifra a que se llegó.

También hay una ingratitud histórica del Ministerio de Salud Pública hacia San José. Se ha malgastado la herencia de don Juan Donagaray, se ha desconocido el petitorio que le fue presentado y se prometieron informes que nunca fueron dados a conocer, dejando mucho que desear en cuanto a la transparencia. Reitero que el Ministerio estuvo ausente en el Foro. Se han realizado una serie de obras que todavía no han sido inauguradas, y no se han tenido en cuenta para nada los planteamientos y las necesidades reales de la población. Se habla mucho de no sobreponer servicios, pero las obras que se realizaron ya las tenía el Hospital; es decir que ahora las tiene duplicadas. En eso se gastó gran parte de lo poco que quedó de una cuantiosa herencia. En realidad, decimos que era poco, pero se trataba de US$ 2:000.000; sucede que lo que le correspondía a Salud Pública era casi el doble.

Tal vez lo más ofensivo para el pueblo de San José es que hubo un compromiso público. El 30 de diciembre de 2003, el Subsecretario de Salud Pública, en la plaza pública de San José y ante varios miles de personas, se comprometió a que se iba a realizar el CTI. Eso fue olvidado. Creemos que hay una deuda moral y una falta de respeto al pueblo de San José, que ha sido desconocido en su protagonismo con respecto a la salud.

Creemos que aquí no solo está en juego la salud pública, sino la salud democrática. Por ello, creemos que hay dos principios que son importantísimos de recuperar. Esto lo incluimos en el punto 6), que hace referencia al derecho y deber de participación popular en las políticas de salud, derecho que el pueblo de San José ejerce desde toda la vida y que la Organización Mundial de la Salud reconoció en su artículo 4º de la Declaración de Alma-Ata en 1978. En los últimos años, el pueblo de San José ha sido bastante desplazado o totalmente ignorado en la gestión de los recursos de salud del departamento.

El otro elemento que también nos parece fundamental para una salud democrática del país, es la necesaria transparencia en el manejo de los recursos y en la toma de decisiones que involucran la salud del pueblo más carenciado.

Como nosotros no solo queremos plantear cuál es la situación que nos duele, sino realizar propuestas que tiendan a una solución, los señores Diputados advertirán que en los puntos siguientes hay algunas propuestas que realizamos, que quisiéramos ver respaldadas por esta Comisión.

El punto 7) establece, como propuestas paliativas inmediatas, que mientras se estudia una solución de fondo, se debe asegurar a la población de San José un compromiso formal de las autoridades del MSP -lo de compromiso formal no está incluido de gusto, ya que existía un compromiso que después no se cumplió; en la gestión anterior, existía un compromiso del Ministerio de Salud Pública de no trasladar pacientes de San José más allá del Río Negro, y eso no fue cumplido-, en cuanto a que los pacientes de Salud Pública que necesiten los servicios de CTI, sean derivados hacia la cama disponible más cercana, dando fin en forma inmediata a los traslados de 300 kilómetros o más de pacientes en estado crítico.

Por otro lado, el punto 7) establece que a aquellos pacientes que por causa debidamente justificada deban ser trasladados a CTI fuera del departamento -un CTI no puede especializarse en todo; siempre habrá necesidad de trasladar algún paciente a un CTI especializado por un tema neurológico o lo que fuere-, se les asegure pasajes para la visita de sus familiares y el traslado de retorno en caso de fallecimiento.

Nos parece que en la primera medida inmediata, simplemente se deben cambiar de lugar los recursos; no supone mayores recursos. La segunda medida tiene que ver con facilitar algún pasaje para algún paciente y el traslado de retorno, lo que nos parece que aunque significara un esfuerzo que no es muy grande, vale ser contemplado por razones de humanidad.

En cuanto a las propuestas a corto plazo, proponemos cuatro cosas: "a) Que sin desconocer la necesidad del aporte realizado por técnicos, se busque una forma de participación de la comunidad, asegurando un diagnóstico participativo de la situación y el protagonismo popular en la formulación de alternativas posibles". A nosotros durante estos cinco años se nos han prometido muchísimos informes técnicos, aunque nunca accedimos a ninguno. Los únicos informes técnicos que se realizaron sobre el tema, fueron elaborados por esta Comisión y suministrados al Ministerio de Salud Pública. El otro día nos enteramos por las actuales autoridades que hay unos informes de 1982 a los que nadie tuvo acceso; inclusive, hubo un Ministro en la gestión anterior que nos negó que esos informes existieran.

Nos parece importante lo del diagnóstico participativo; en un servicio social se lo considera fundamental. El diagnóstico no puede quedar solamente en manos de técnicos. También es necesario que la población involucrada pueda hacer sentir su parecer.

El punto b) de las propuestas a corto plazo establece lo siguiente: "Que los estudios técnicos y financieros realizados o a realizar sobre el tema, sean de conocimiento público. Asegurando la total transparencia en un tema particularmente sensible y donde no hay lugar para las presiones de intereses privados". Parece que el tema de la transparencia es sumamente importante en cualquier gestión de dineros públicos, pero donde está la salud de la gente de por medio, es particularmente sensible. Por su parte, el punto c) establece: "Que los estudios incorporen en sus variables dos elementos fundamentales para no distorsionar sus conclusiones: i) Que dadas las condiciones de atención del Hospital, el número de pacientes que en los últimos años han sido trasladados ese necesariamente inferior al requerimiento real". En las cifras que se han manejado en alguna de las tantas entrevistas que hemos tenido a lo largo de más de cinco años en el Ministerio de Salud Pública se menciona la cantidad de traslados, que se ha ubicado entre ochenta y cien por año, pero entendemos que ese número debería ser más elevado porque el hospital está trabajando a menos de media máquina: desde hace unos cuantos años, no se opera a niños, muchos de los pacientes de San José son atendidos en primera instancia en Montevideo. Entonces, eso no se contabiliza pero son pacientes reales de la ciudad y del departamento los que han tenido esa necesidad. O sea que el cálculo hay que hacerlo sobre la base de la población del departamento, que supera los cien mil habitantes, de los cuales el 70% no tiene otra cobertura que la de Salud Pública. Entendemos que para esa población el número de camas disponibles en el departamento para este fin -sumando todo lo que hay- es de cuatro, lo cual es totalmente insuficiente.

Además, en el punto ii) se expresa: "Que el estudio de la propuesta debe hacerse sobre la base de una región geográfica y no solamente sobre San José". El Hospital de San José atiende directamente a más de veinte mil personas, pero hay más de setenta mil usuarios solamente en el departamento, mientras que hay algunas localidades vecinas al departamento, limítrofes, que también podrían beneficiarse de tener un CTI en San José.

"d) Que se estudie con seriedad la diferencia de costos entre los CTI que pertenecen a Salud Pública y la compra de servicios al sistema privado, no confundiendo la necesaria complementación de servicios" -contra la que nada tenemos sino que, al contrario, nos parece racional- "con pagar sobreprecios en perjuicio de los recursos destinados a los sectores más carenciados de la población". Este tema requiere mucha transparencia y poner los números sobre la mesa. No somos partidarios, en principio, de posiciones dogmáticas en un sentido ni en otro. Se trata, sobre todo, de no trasladar pacientes teniendo camas cercanas.

En el corto plazo nos parece importante realizar un estudio técnico en serio sobre el drama de la población maragata, con participación y con transparencia, porque de no haberla, ese estudio carecería de toda credibilidad.

"9) Propuesta a mediano plazo.- a) Que se incluya en el próximo Presupuesto Quinquenal" -es una alternativa, mientras que otra es que se destinen los US$ 300.000 de la herencia, pero no nos toca a nosotros resolverlo- "la instalación de un CTI regional, aunque la fecha de su puesta en marcha no sea inmediata y suponga necesarios pasos previos". Instalar un CTI en un hospital requiere, evidentemente, que toda la maquinaria del hospital funcione de forma adecuada, por los requerimientos que el CTI tiene.

"b) Que el impulso necesario a la atención primaria de la Salud o el actual estado del centro no se transforme en un pretexto para desconocer el drama que sufren los pacientes en estado crítico y sus familias". Desgraciadamente -no queremos prejuzgar intenciones-, nos hemos encontrado muchas veces con que estas dos cosas que de por sí son legítimas y reales, la atención primaria de la salud -cuyo énfasis es más que justificado y racional, como se acepta a nivel mundial- y el estado del centro -que es calamitoso-, muchas veces se han transformado en pretextos para soslayar la necesidad de una mayor cantidad de camas de CTI en San José.

"c) Que se busque la manera de asegurar la mayor participación posible de la comunidad y la total transparencia en la gestión de recursos de los centros dependientes del MSP". Entendemos que ha habido en estas últimas décadas un divorcio creciente entre la gestión del hospital y la población de San José, que ha estado en contacto permanente con el hospital, que lo levantó, armó la sala de niños, consiguió el pulmón de acero, el primer equipo de diálisis renal. Hoy esa población está lejos y quizá sienta que el hospital no es

suyo, porque ha habido en el relacionamiento errores muy gruesos y, lamentablemente, también ha faltado transparencia, en muchos casos.

Entendemos necesario que los dos criterios que hemos manejado a lo largo de todas las propuestas sean los rectores: la transparencia y el derecho del pueblo a participar. Parafraseando una frase aplicada a otra cosa pero que viene muy bien al caso: la salud es un tema demasiado serio como para dejarlo solo en manos de los médicos; todos tenemos que sentirnos responsables, cada uno desde su lugar. Evidentemente, no pretendemos hacer ejercicio ilegal de la profesión médica pero sí participar, apoyando, colaborando y solucionando muchos problemas, porque la situación que atraviesa el país exige más que nunca la participación de la gente y el trabajo en red de las instituciones y organizaciones sociales del medio. No es concebible un hospital que sea una isla en medio del departamento y de la sociedad maragata.

De alguna manera, lo que esperamos del Parlamento es el control y la investigación, que resultan fundamentales y que son tareas típicamente parlamentarias, que hacen fuertemente a la transparencia que es necesaria en todo este tema y el seguimiento de este asunto, ya que muchas veces nos hemos visto muy solos. No es el momento ni venimos con el ánimo de cobrar cuentas a nadie, pero nos han puesto muchas piedras en el camino, hemos recibido muchos destratos y se nos ha acusado de muchas cosas, cuando lo único que se ha buscado es, simplemente, atender esa situación de la población de San José.

Nos gustaría que estas propuestas -las inmediatas, las de corto y mediano plazo-, cuya ejecución queda en manos de las autoridades del Ministerio de Salud Pública, tengan el respaldo de los parlamentarios -no solo de los Diputados electos por San José, a quienes agradecemos su interés por el tema-, muchos de los cuales han vivido situaciones semejantes.

Nosotros vamos a dejar alguna documentación en esta Comisión, como por ejemplo, la versión taquigráfica de la sesión de la Junta Departamental de San José, en el Foro presidido por el doctor Gómez Haedo. También les vamos a dejar un informe técnico elaborado por esta Comisión -el único de que disponemos porque los de Salud Pública desgraciadamente todavía no son públicos-, un ejemplar de un petitorio con más de 23.000 firmas presentado al Ministerio de Salud Pública, una de las actas de la Junta Departamental de San José -había malestar por la ausencia del Ministerio de Salud Pública en el debate- y también un breve resumen de la historia del Hospital de San José, de la participación del pueblo y de lo que ha sucedido en los últimos años con la herencia de Donagaray y la propuesta pro CTI; por su extensión no quise aburrirlos leyéndolo todo. Una copia fue enviada antes de Semana Santa a la Presidencia de la República porque, por su repercusión en la población, no es un tema solo de Salud Pública sino político, de relacionamiento entre el Estado y la población de San José. Nos parecía importante que a nivel político fuera presentado, porque en la historia de los pueblos, aunque haya organismos específicos que se ocupen de un tema, muchas veces se hace necesario acudir a la primera autoridad del país, procurando que se haga justicia frente a tantos maragatos y habitantes de otros departamentos cercanos a nuestra realidad, que son trasladados en condiciones terribles, para ellos y sus familias.

Por aquí termina el informe y quedamos con los compañeros a la orden para evacuar cualquier consulta que los señores Diputados quieran hacer.

SEÑOR VEGA LLANES.- Tengo en mi poder un convenio firmado en la ciudad de Montevideo, a los cinco días del mes de octubre de 2001, en el que se habla de US$ 1:800.000; sin embargo, el Padre González maneja una cifra de US$ 300.000.

SEÑOR GONZÁLEZ.- Es lo que se supone que va quedando.

SEÑOR VEGA LLANES.- Este convenio es de hace casi cuatro años. ¿Qué ocurrió con el resto del dinero? ¿En qué fue utilizado?

SEÑOR GONZÁLEZ.- Cuando el convenio se firmó, el albacea ya había manifestado que la voluntad de don Juan de Donagaray era donar al hospital, pero no podía prever que el dinero fuera utilizado para la construcción de un CTI, por la simple razón de que cuando él murió, todavía no existían. Esto fue lo primero que el albacea indicó a las autoridades del Ministerio de Salud Pública, y aclaro que algunos de los planteamientos que recibió de la Dirección del hospital de aquel momento rayaban en lo

surrealista, porque iban desde la construcción de una cantina a la de un estacionamiento de motos y lujos propios de un sanatorio del primer mundo.

Al albacea le insumió dos años que el Ministerio decidiera cómo utilizar el dinero. Varias veces él propuso que una séptima parte o menos fuera destinada a la instalación de camas de CTI. Pero como era una persona de mucha edad y preveía que su vida terminaría antes de que esto se concretara -varias veces lo mencionó y fue profético en este sentido-, en aquel momento transó con el Ministerio en hacer un plan de obras para que, por lo menos, algo se hiciera. Ese día el pueblo de San José se vistió de luto; salimos a la calle con cintas negras y tocaron a muerto las campanas de la Catedral. El hecho fue de tal magnitud que las autoridades no se atrevieron a firmar el convenio en la ciudad de San José y lo hicieron en la sede del Ministerio, en Montevideo.

Las obras previstas no fueron realizadas en su totalidad. Lo que se hizo -aunque todavía no fue inaugurado- fue trasladar a otro lugar del Hospital la Sala de Fisiatría y construir una cuarta Sala de Operaciones, que no sé si era o no necesaria; en todo caso, que lo digan los técnicos. También fue trasladada la Emergencia, que era uno de los servicios más desbordados del Hospital, pero tampoco ha sido inaugurada. Básicamente, estas han sido las obras realizadas; no han sido inauguradas pero en ellas se ha gastado la diferencia entre la cifra que maneja el señor Diputado y lo que queda.

SEÑOR VEGA LLANES.- Obviamente, mucho de lo que ustedes señalan es compartible. El reclamo fundamental que plantean es la participación de la gente en los planes de salud, de educación, etcétera; pero, lamentablemente, durante muchos años en este país nos hemos dedicado a no escucharnos, y eso ha generado malentendidos.

Los Diputados aquí presentes somos todos médicos del interior y, de alguna manera, hemos vivido la situación que ustedes mencionan. Todos sabemos que cuando los pacientes deben ser trasladados se generan problemas sociales, económicos, etcétera, y si además fallecen lejos, ni siquiera se los puede traer de nuevo por los altos costos que ello implica. Este problema se da con los niños y con otro tipo de pacientes, y continuará ocurriendo con los enfermos que no puedan ser asistidos en la localidad, aun cuando San José tenga un CTI; me refiero, por ejemplo, a los pacientes neuroquirúrgicos. Al día de hoy, la mayor causa de muerte de los muchachos jóvenes son los accidentes de tránsito que, muchas veces, generan accidentes neuroquirúrgicos.

Además de eso, hay que pensar qué se debe resolver previamente en San José y en el país en general. Solicité a la actual Directora del Hospital de San José que me hiciera llegar un memorándum; en él plantea tres puntos relacionados con una enfermedad absolutamente común y muy prevalente, que genera enormes problemas a quien la padece y que no hay cómo solucionar. Hace veintidós años que en el hospital no hay nutricionista; la Policlínica de Diabetología es honoraria y no hay servicio de Podología. En los términos en que uno se maneja, esto significa que los pacientes diabéticos de San José corren riesgo de perder sus piernas y de tener una muy mala calidad de vida. Estamos hablando de estos tres puntos específicos; lo que importa es lo que implica la falta de estos servicios.

Por otra parte, no se trata solo de construir un CTI; hay que hacerlo funcionar, hay que disponer de médicos y de servicios anexos imprescindibles, como el laboratorio y un aparato móvil de rayos X. No voy a mencionar en este momento la complejidad de todo esto porque son temas del área técnica, pero debe quedar claro que instalar una planta de CTI es como tirar una piedra al agua: se forman círculos concéntricos que van hasta el infinito.

La situación que ustedes viven ante el traslado de pacientes también la experimentamos nosotros en Florida, cuando no había camas. Ahora tenemos CTI en el hospital, pero no en la mutualista. Inclusive, la situación es parecida porque también contamos con una donación para construir la planta física.

Trabajé como médico en el Hospital de Florida y muchas veces tuve la sensación de que estaba en una especie de cáscara, que era el hospital, que encerraba el CTI. Si el enfermo estaba muy grave, tenía la posibilidad de enviarlo al CTI, pero si tenía algo mucho más sencillo a veces no había forma de solucionarlo. Hace poco tiempo, un compañero mencionó algo en lo que tiene toda la razón: al día de hoy, en Salud Pública no tenemos medicamentos -que cuestan $ 10 el blister- para los pacientes hipertensos, pero si a causa

de esto se produce un accidente vascular encefálico, podemos hacerles tomografías y colocarlos en un CTI, lo que implica gastar un dineral.

Entiendo y respeto el planteo, pero tal vez sea necesaria una visión un poco más global. Primero es lo primero. El caudal de información que hoy manejamos nos genera la necesidad de interpretarla. En la tecnología médica hay adelantos enormes. Por ejemplo, no podemos -en realidad, no debemos- tener un resonador magnético si no tenemos resueltas las cosas más básicas.

Creo que nuestra función y la de ustedes es ponernos en contacto con los actores de la salud e interrelacionarnos, para que entre todos se pueda definir qué es lo más importante hoy para San José. Dadas las condiciones que se plantean, tengo dudas de que lo más importante para el hospital sea un CTI, porque la asistencia debe ser escalonada. En Florida tenemos CTI, pero tal vez no deberíamos tenerlo, porque los gurises se mueren de enfermedades muchísimo más comunes. Las personas se mueren de hipertensión, de diabetes, de enfermedades que conocemos hace muchos años. Si se fijan en las tablas de mortalidad -porque las de prevalencia no existen- advertirán que la gente se muere de accidentes cardiovasculares o de tumores muy prevenibles. La mayor causa de muerte en las mujeres es el cáncer de mama, enfermedad que se puede diagnosticar con mucha facilidad.

¿Ustedes tienen posibilidad de hacer mamografías rápidamente en San José y de prestar una atención médica que resuelva la situación? ¿Se puede operar en el mismo hospital? Me acotan que hasta hace tres años se hacía, pero ahora no. Como dije, lo primero es lo primero; después viene lo segundo.

Este es solo un planteo, una reflexión. No es una posición en contrario sino un traslado de lo que pienso. Entiendo que estén totalmente prendidos a esta idea, pero a la gente también hay que explicarle lo que está pasando, cuáles son las carencias que tiene el hospital y de qué se pueden morir. La gente se va a morir de diabetes, de hipertensión, de cáncer de mama o de algo prevenible. El CTI no es preventivo sino la última fase o el tercer nivel del tratamiento médico.

La idea de este planteo no es ponernos de punta, porque en ese caso no nos vamos a entender. Creo que lo primero que la democracia debería instituir es el derecho a pensar y a plantearlo para que los demás nos escuchen y nos contesten de acuerdo con su leal saber y entender. Por eso respeto mucho a nuestros invitados, por todo el trabajo que han hecho y lo que han planteado, pero reitero que la gente se va a morir de otras cosas.

SEÑOR CASAS.- Es un gusto recibir a esta delegación. Como Representante del departamento, como hijo de San José, valoro enormemente el trabajo que han realizado durante todo este tiempo. Pero no lo hago solo con la palabra sino con el corazón, porque conozco la disposición que han tenido y el tiempo que han dedicado a esta tarea honoraria y sacrificada en procura de dar una respuesta a la población de San José. Quizá el señor Diputado Vega Llanes no haya comprendido realmente que lo que están haciendo ustedes no es solo en procura de construir un CTI en el Hospital de San José. Lo que están llevando adelante es el clamor del pueblo de San José, que fue el que creó el hospital.

Soy bastante más joven que muchos de ustedes, pero los conozco como personas de bien, trabajadores, profesionales de punta de nuestro departamento. Respeto enormemente su trabajo, los consejos y las palabras que han vertido. También comparto totalmente lo que ha expresado aquí el padre González. Convido a los compañeros de la Comisión a tomar conciencia de este tema y a definir de una vez por todas qué es lo que queremos. He seguido este tema desde hace mucho tiempo y creo que ha llegado el momento de no darle más dilatorias. Pienso que la diabetóloga, hoy Directora del Hospital de San José, doctora Rita Hernández, quien le ha proporcionado el informe al señor Diputado Vega Llanes, también se ha olvidado del pueblo del departamento. Como decía el padre González, no podemos confundir la atención primaria con lo que se está procurando y es el clamor popular del pueblo de San José, en el cual se ha comprometido la Intendencia Municipal, en el sentido de que va a solventar parte de los costos operativos. Esto se ha expresado en el seno de la Junta Departamental, ante todos los actores políticos.

También creo que ha llegado el momento de que tomemos conciencia, de que asumamos una definición en el tema y de que de una vez todos levantemos la bandera de la transparencia entre lo público y lo privado. Debemos levantar ese discurso antes y después de las elecciones.

Quiero decir a esta delegación y a los compañeros de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social que no descansaremos en procura de dar respuestas al clamor del pueblo de San José. Sé que las palabras de la señora Ministra van en el sentido de lo que expresaba el señor Diputado Vega Llanes, es decir, de dilatar este tema. Por tanto, creo que debemos solicitar a la señora Ministra, cuando venga a esta Comisión, una definición al respecto. Respeto mucho al doctor Roquero, al padre González, a la señora Teresa Álvarez y a todos quienes nos visitan, por lo que creo que les debemos una respuesta. Me parece que el pueblo de San José merece el respeto de todos nosotros en el sentido de definir qué es lo que queremos.

SEÑORA TRAVIESO.- Pido disculpas por haber llegado un poco tarde, pero estaba en una reunión con la Ministra de Desarrollo Social.

Quiero decir a esta Comisión que conocemos muy de cerca el trabajo de nuestra gente, así como la trayectoria del doctor Roquero en el Hospital de San José. Sabemos que es un luchador por esencia y así lo ha demostrado estos últimos años, llevando adelante, sin cansancio, esta Comisión. Toda esta gente que está acá ha estado esperando muchos años.

Es bueno que dejemos claro que no es un capricho la instalación de un CTI para el Hospital de San José. Los que conocemos bien de cerca a la institución y la atención que allí se presta sabemos que sus funcionarios hacen más de lo que pueden para dar respuesta a la gente. Eso también es bueno resaltarlo. Se han pasado períodos de crisis en los que los funcionarios han sabido dar una mano a la gente que tiene más necesidad. Sentimos un compromiso moral, no solo porque pertenecemos al departamento de San José, sino por la necesidad que la gente tiene.

El compañero Vega Llanes tiene muchísima razón en lo que expresa como médico y en eso no vamos a entrar porque no somos profesionales, no somos técnicos. Es cierto que hay carencias y que la gente se muere por otras cosas.

También sabemos que en el área operatoria hay carencias gravísimas; lo mismo sucede con la parte oncológica, para la cual hay una Comisión que trabaja arduamente.

En definitiva, vamos a seguir apoyando esta Comisión, porque sabemos que la necesidad es real y que tenemos que cubrirla.

Hemos escuchado que los recursos que hay para Salud Pública no serían tan escasos como demuestra el resultado de su accionar, sino que han quedado colgados y no aterrizan en los usuarios. Pienso, sin ser técnica ni nada que se le parezca, pues soy solo una servidora de mi pueblo, que desde el Ministerio de Salud Pública se debería tratar de que los recursos llegaran a destino, lo cual ya se está haciendo. De pronto, podríamos solucionar algunos problemas críticos y contar con un CTI, sin tener que trasladar a nuestra gente tantos kilómetros. Aunque no somos técnicos, sabemos que por una cuestión de tan solo metros pueden salvarse vidas.

Doy todo mi apoyo y digo al Presidente de la Comisión que se trata de un caso serio, que tiene muchos años y que es una necesidad de nuestro departamento, así como lo es reestructurar ese hospital que hoy está tan carenciado, utilizando esos recursos económicos. Sabemos que el Ministerio va a trabajar para que esos recursos no queden colgados, como ha sucedido durante todos estos años.

Reitero mi apoyo; quiero agregar que este tema tiene mucha importancia y así se ha tomado.

SEÑOR ROQUERO.- Hace cincuenta y un años que estoy trabajando en Salud Pública, soy de los pocos médicos del país que entró a su puesto por concurso de oposición, hace once años que me jubilé y sigo trabajando en mi especialidad, que es la cardiología, todos los días de la semana. Y sin ánimo de competencia digo que sé tanto como el señor Diputado Vega Llanes de qué se muere la gente en San José y de qué se muere en Trinidad, Florida, Rivera, en el barrio Borro y en este lugar tan discutido ahora en el que se pide un hospitalito y por el cual ha sido estafada la población. Todos esos problemas que planteó el señor Diputado Vega Llanes los conozco, porque los he vivido como Director del Hospital a la salida de la dictadura. Quiere decir que el tema no es nuevo para mí y lo conozco desde todos los ángulos. Sé de ese problema de la diabetes que plantea la Directora. Hasta hace dos años del tema de la diabetes en el Hospital de San José se hacía cargo una internista en forma honoraria, que

aparte de ejercer la medicina interna hacía una policlínica semanal que duraba cinco horas, viendo de treinta a cuarenta enfermos. Desde hace dos años volvió a hacer diabetología, que en una época hizo la actual Directora del Hospital. Quiere decir que ahora son dos los diabetólogos.

Voy a hacer una comparación muy burda. En la vida real no sucede que si uno tiene una casa, se le viene un temporal y en nombre de que se ha quedado sin cama y sin cocina a leña siquiera, descuida el techo hasta que tenga toda la plata disponible. Cuando pasa una tragedia de esas se hace todo a la vez, dentro de lo posible. Con el CTI y el gasto del dinero sucede lo mismo.

Conviene hacer una aclaración previa. Soy hermano del albacea que tiene desde su inicio todo el caso. También cabe aclarar que en los últimos tres años fui médico de cabecera del donante. Quiere decir que también conozco la historia previa a la donación y el espíritu con que fue hecha. El paciente se murió en el sanatorio de San José y fue atendido por mí.

Asimismo, cabe aclarar, en cuanto a la famosa estafa de los US$ 2:000.000 o US$ 3:000.000, que por un decreto de medidas prontas de seguridad en plena dictadura, en el año 1976, se saca, "manu militari", el albaceazgo al escribano Roquero, con hechos tragicómicos, como que lo obligaron de golpe y porrazo, entre el Jefe de la Región Militar y el Jefe de Policía, a concurrir a la oficina de policía y entregar toda la documentación. Cuando presenta las libretas de Caja de Ahorro del Banco Hipotecario donde estaba el dinero, los militares de ese momento no se las aceptan y lo obligan a ir a buscar el dinero. El escribano cruza la plaza, va a al Banco Hipotecario y este no tenía la plata. Entonces, el Banco manda sus ujieres al Banco de la República, que queda a una cuadra, para que le consigan esa plata. El dinero aparece y el albacea tiene que llevar en un portafolio, solito, US$ 2:200.000, sin que siquiera se le destinara un guardia o un compañero para que cruzara la plaza. Pero esos US$ 2:200.000 es lo que el Ministerio de Salud Pública le entrega en 1999 al albacea para el Hospital de San José, después de cinco juicios y del laudo dictado por unanimidad de la Suprema Corte de Justicia. En ese momento, el señor Juez dispone una auditoría contable para ver de dónde sale la cantidad de US$ 2:200.000 y qué se hizo con la plata previa. Ese informe, que hizo un técnico maragato -el contador Capote-, dice nada más ni nada menos que desde el año 1976 hasta 1983 no se pudo conseguir en Salud Pública ninguna información, ningún papel ni detalle de cuánto dinero se recibió y, mucho menos, en qué se ha gastado.

Dado que se había hecho entrega a los otros beneficiarios de la herencia -el Consejo del Niño y el Hogar de Ancianos-, se presumió que si se había dividido en partes iguales, a Salud Pública por lo menos le podría haber tocado entre US$ 4:000.000 y US$ 5:000.000; le dieron US$ 2:200.000. Allí empieza la historia del albacea. Este, entre otras cosas, pide un CTI y un bloc quirúrgico. En ese convenio que ahora se está usando y manoseando tanto por parte del Ministerio -ahora y antes-, se hace hincapié en que no figuraba el CTI. Como decía el Padre González, el albacea accedió -con tal de hacer algo antes de que se les desflecaran los dólares, como después se desflecaron en 2002-, en primera instancia, a firmar ese convenio donde no está el CTI. Pero todos saben -el 100% de la población- que el escribano Roquero quería un CTI y se murió hace diez meses bregando por él. No hay canal de televisión local o nacional que no tenga registrado algún video donde se pide eso.

La presión que hay es tanta que el otro día nos obligó a decir en el Ministerio que en ese convenio hay muchas cosas que están acordadas y no se han hecho. El primer convenio que presentaron -que por suerte no fue aprobado- incluía el estacionamiento, parque de motos y hasta un centro oftalmológico regional; nunca se supo quién planteó esto.

Cuando vino la devaluación, los US$ 2:200.000 se transformaron en US$ 1:100.000 y se está manejando el Hospital con esa plata. De esos US$ 1:100.000 o US$ 1:200.000 se han gastado US$ 900.000; quedan US$ 300.000. Y el Ministerio, hasta el día de hoy, no sabe o no quiere saber qué hacer con ese dinero.

Antes de morir, el albacea renuncia al albaceazgo ante el Juez Letrado; le pide que le aprueben la rendición de cuentas y que, en lo posible, la plata que quede se destine a la Comisión de Obras del Hospital. El albacea siempre tuvo el temor -que ahora heredé yo- de que se iba a morir y que esa plata iba a ir al Ministerio y no se iba a usar. Con estos US$ 300.00 estamos corriendo más o menos el mismo riesgo, porque la resolución del Ministerio de dejar en suspenso el dinero está fechada el 9 de setiembre; hoy es 5 de abril; es decir que allí también hay un manejo que no sé si es turbio o no es turbio, pero realmente da para pensar.

Entrando en el orden estrictamente técnico, ¡claro que no precisamos un CTI! Hace cinco años que no operamos un niño menor de 14 años; hace 14 años que en el Hospital de San José no operamos un cáncer de esófago; debe hacer veinte años que no se hace una duodenopancreatectomía frente a un neoplasma de cabeza de páncreas; ¡hace cinco años que no operamos una amígdala en San José! Entonces, mal puede surgir cantidad de enfermos para mandar al CTI. Por supuesto que no hay que curar una amígdala en el CTI, pero el día en que operemos abdómenes vamos a usar el CTI. Y tenemos el punto de referencia. La Asociación Médica -de la cual soy fundador y fui su primer Presidente durante seis años-, con treinta mil afiliados, tiene un CTI con cuatro camas, pero cuando empezamos a hacerlo, nos faltaba el 80% de las cosas que ahora tenemos.

Quiere decir que creemos que el CTI va a ser -y lo es en todos lados- el agente catalizador para ir agregando los servicios que faltan, que son imprescindibles y que es una vergüenza que no existan. El hecho de que ahora estemos haciendo una guardia con muchachos recién recibidos, que un practicante no recibido tenga que ver a 150 enfermos en 24 horas, no se arregla con CTI, pero tampoco se arregla diciendo que son prioridades y que se van a cumplir, porque no se ha llevado a cabo ninguna de las prioridades que venimos planteando desde hace cinco años. Es decir que el hospital se ha ido deteriorando. En este momento, el hospital tiene un radiólogo técnico médico que trabaja dos horas por semana; de esto ya hace tres años. Por supuesto que eso no lo va a arreglar el CTI. El hospital tiene médicos que ahora están militando en el progresismo que van -cuando van- y no marcan tarjeta; eso no se arregla con el CTI. Tiene funcionarios no médicos que tampoco marcan tarjeta y tiene funcionarios que a veces no van durante 20 días y aquí no ha pasado nada. Eso no se arregla con el CTI. Por ello -y espero que así sea- el Ministerio debe cambiar de actitud.

Hay otros dos factores que voy a considerar. Nadie desconoce que en este problema del CTI hay un brutal interés económico. En el diario "El País", el 16 de enero de este año, hay una página entera de la FEMI, de la cual me siento fundador. Recorrí el país con algunos colegas para fundar la FEMI y estoy orgulloso de eso. Estoy orgulloso de ser el primer Presidente de la Asociación Médica y de haber recorrido el departamento para conquistar a gente que cuando a uno le hablaba de sindicato o de asociación -estamos hablando del año 1968- sabía que era peligrosísimo. En ese comunicado, FEMI explica lo que hace, y dice que es la gran vendedora de servicios a Salud Pública. También expresa que el servicio que más vende a Salud Pública en el interior es el de CTI. Lo dice la FEMI y no hay que desconocerlo; por algo lo dice. Es una realidad.

Nosotros hicimos un estudio que presentamos allá por el año 2002 -todavía está vigente- que demuestra cuánto le cuesta por día cada cama al Ministerio como pago a FEMI por el servicio de CTI. Y antes que eso está lo que pasó cuando se instaló el primer CTI público en Uruguay. El señor Diputado Gallo Imperiale -a quien no quiero hacer tan viejo como yo, porque es bastante más joven- trabajó con nosotros bastante en San José, de lo cual ambos guardamos muy buenos recuerdos. Él sabe que en determinado momento, cuando el Gobierno de la época resuelve instalar el primer CTI público, con el dinero que se ahorró -creo que a los privados se les pagaba entre US$ 300 y US$ 1.000 día-cama-, se resolvió darnos a todos los funcionarios de Salud Pública una partida de la que gozamos unos dos años, ya que de acuerdo con la ley presupuestal no se nos podía aumentar el sueldo. La mayoría no entendíamos bien por qué en la planilla, cuando firmábamos el sueldo, decía "por ahorro CTI: tanto". Esa historia se sigue dando. Entonces, no veo por qué se asustan tanto cuando uno habla de la realidad económica.

Quiero dejar constancia de cómo fue nuestra entrevista con la señora Ministra de Salud Pública, hace cuatro días. A ella la conozco personalmente porque fue ayudante mía durante un año. La entrevista fue dura. Nosotros nos consideramos maltratados por el tema. Lo primero que llama la atención es el desconocimiento total o el menosprecio total por la opinión pública de la doctora. Según nos dijo, a ella no le interesa ni la mueve, ni va a tomar una resolución porque haya una manifestación de tres mil personas en la plaza pública, ni porque se hayan hecho cuatro marchas, ni por todas las publicaciones habidas y por haber en los distintos medios. Ella va a hacer lo que la técnica médica indica. En consonancia con la posición del señor Diputado Vega Llanes, ella cree que primero hay que hacer todo lo que hay que hacer y después el CTI.

Por último, termino diciendo una cosa aunque ustedes consideren que este doctor Roquero viejo, con una para salir, está resollando por la herida. En esa entrevista fui agraviado injustamente y, lo que es peor, fue agraviada mi hija -que en esto no tiene nada que ver-, que es cardióloga del Hospital de San José desde hace veinte años, cardióloga de la policlínica, cardióloga de guardia. Es la única cardióloga del departamento que hace guardia en Salud Pública -por veinte días de retén pagan $ 4.200- y, en la volada -como decimos los

canarios-, cayó. Y lo confieso públicamente: yo me siento realmente ofendido y sé que los compañeros de Comisión, que están todos presentes, comparten eso.

En ese clima, yo creo que el CTI de San José no va a salir. Adelanto que es casi seguro que mañana renunciamos la doctora Roquero y yo a participar del Hospital, al que tanto queremos y para el que tanto hemos hecho fuerza.

SEÑOR BARREIRO.- Nos gustaría estudiar algunos aspectos técnicos, sobre todo lo que tiene que ver con el contexto regional.

El CTI que se está pensando, ¿es para adultos?

SEÑOR ROQUERO.- Sí.

SEÑOR BARREIRO.- ¿Hay alguna idea del número de camas que se necesitaría?

SEÑOR ROQUERO.- En este momento no tenemos determinado el número porque no hemos podido tener acceso a las cifras. Los únicos números que tenemos corresponden al año 2000 y los conseguimos a pulmón, con el Director de la época y con el esfuerzo del padre Nelson González, que estuvo dos o tres días encerrado en una oficina revolviendo papeles. Esas son las cifras que tenemos, que por supuesto son menores que las de ahora, porque entonces operábamos mucha cosa. Por supuesto que son menores las actuales porque hace cinco años teníamos mucho menor cantidad de infartos de miocardio y también de anginas inestables. Todos sabemos que hace cinco años la cantidad de mujeres que enfermaba de sus coronarias era menos que el actual.

Quiere decir que cifras no tenemos, pero las debe tener la Dirección del Hospital y entonces son muy fáciles de conseguir.

SEÑOR BARREIRO.- Nosotros vamos a estudiar detenidamente toda la información que ustedes nos den. Advertimos que además del contexto sanitario hay un contexto social muy importante.

En todo esto nosotros siempre tratamos de apuntar hacia la mejor distribución de los recursos, porque de ello depende la mejor oferta de servicios de salud. Tampoco nos gusta dogmatizarnos estableciendo las pautas de qué debe ir primero y qué después, puesto que la salud hay que analizarla en términos globales y teniendo en cuenta el contexto. No hay nada que deba ser primero ni nada que deba quedar para después: habría que hacer todo. Tendríamos que tener una buena atención primaria, una buena red de cobertura a nivel de policlínicas, todos los servicios esenciales en el hospital y también deberíamos poder contar con un CTI cuando la demanda lo justificara. No entraría en esa opción según la cual, si no tenemos la atención primaria bien edificada es imposible tener un CTI. Yo creo que va todo de la mano.

Me comprometo a estudiar si la demanda que existe justifica la creación de un CTI. Aparentemente, por lo que ustedes están diciendo, se justificaría. Uno trata de regionalizar la distribución de los recursos, pero hoy en día la realidad indica que creada la realidad aparece la demanda. Uno a veces habla de un CTI de ocho o diez camas y a los seis meses aparece una demanda mayor; la demanda surge enseguida.

Hemos escuchado muy atentamente y con mucho respeto todo lo que se ha dicho. Los felicito por la labor que están realizando; no todas las personas mantienen ese espíritu de lucha. Pido al doctor que no afloje.

Si la realidad lo indica, el CTI se concretará; no podemos oponernos durante muchos años a la realidad. Pero si esta demuestra que aún no justifica la construcción de un CTI en San José, habrá que seguir esperando, pero a la larga se concretará, porque es el último escalón.

SEÑOR OLANO LLANO.- No voy a hacer consideraciones puntuales acerca de la situación en San José porque la determinación de la necesidad de un servicio y el establecimiento de las prioridades requiere un conocimiento acabado sobre el funcionamiento del hospital y las características de su población, que ahora no tengo. Pero he sido administrador de servicios de salud y tengo experiencia en la Subdirección de hospital y puedo decir que, en principio, una población de 100.000 habitantes -como

la de San José- requiere unas diez camas de CTI, pero en ese departamento hay solo cuatro. Quiere decir que, grosso modo, esa población tiene una necesidad insatisfecha. No obstante, es obvio que no se generan todas allí, porque no todos los procedimientos que derivan en tratamientos de CTI se hacen en San José.

Como se ha mencionado, en este tema hay aspectos económicos insoslayables, pero la salud debe considerarse como una cuestión global, superando esos factores que se dan en todos los ámbitos. Existen las dificultades que ustedes han enfrentado para llevar esto adelante y deben estar preparados para poner la pata en la barranca y resistir hasta que todo se resuelva.

La Comisión tiene el deber de informarse más acerca de estos temas para que, independientemente de que en San José los servicios sean públicos, privados o mixtos, estos se conjuguen y no se superpongan, y se cuente con las camas que una población de 100.000 habitantes requiere.

Además, existe una donación para cubrir esto. Sé que hay cosas que tienen que estar primero y otras después, pero si vienen de arriba de las bolsas -como decimos en campaña-, no hay que andar con vueltas. Por otra parte, organizar la atención primaria con poca plata es mucho más fácil que conseguir un CTI. Aquí se ha hablado de que la Intendencia está dispuesta a colaborar con el funcionamiento del CTI -tengo cierta experiencia en el manejo de temas municipales en la parte de salud-, pero es mucho más fácil que ayude activamente en la asistencia primaria de salud del departamento a que financie el funcionamiento de un CTI.

Insisto: ya que la plata está y puede ser utilizada con este fin, lo más razonable es que lo hagamos. La atención primaria es mucho más fácil de resolver por parte de la Intendencia o del Ministerio, porque cuesta mucho menos plata. Además, Salud Pública ya tiene previstos los gastos que representan las camas de CTI de los pacientes de San José que son trasladados a los Hospitales de Tacuarembó o de Salto.

Hay dos aspectos acerca de los que la Comisión debe advertir, porque no se puede engañar a la población ni se le puede decir una cosa antes de la elección y otra después. Siempre habrá pacientes que tendrán que ser trasladados, porque el CTI que se construya en San José no podrá resolver todas las situaciones. Asimismo, quienes administran los servicios de salud deben saber que no todo pasa por los números y que hay patologías que requieren que el paciente ingrese a CTI rápidamente; el doctor Roquero, que es cardiólogo, lo sabe muy bien. No es lo mismo hacer estreptoquinasa a un paciente en la primera hora de sufrir un infarto que demorar más de dos horas en trasladarlo a un CTI, como puede ocurrir si debemos buscar un chofer, un enfermero y transportarlo a Treinta y Tres. Entonces, hay un tema de salud de la población. No es lo mismo que quien sufre un infarto en San José disponga de una cama de CTI allí para que se le haga enseguida la estreptoquinasa, a que deba ser trasladado a un hospital más lejano. El tratamiento nunca puede ser tan efectivo por un tema de tiempo. Esto cuesta vidas y, además, dinero, porque esos pacientes pueden quedar con una tara, cuyo tratamiento insumirá gastos a Salud Pública.

Repito: esta Comisión debe atender este importante tema.

Por otra parte, no me queda claro cómo se gastaron los US$ 1:800.000; no me queda claro si lo que se hizo realmente cuesta esa plata o menos o si se perdió dinero por el camino. En todo caso, creo que la memoria de quien donó toda esta plata a Salud Pública merece que se concrete en una obra. Digo esto porque todos sabemos que US$ 300.000 en el funcionamiento de un hospital son una pasada. Cuando trabajé como administrador de un hospital advertí que, como es lógico, la gente no tiene conocimiento de lo que cuesta mantener funcionando un centro de este tipo. Precisamente por eso, en general, las donaciones tienen como destino la realización de obras. Si alguien dona $ 5 y yo los gasto en medicamentos, quien tuvo el gesto no ve en qué se gastó su dinero. Por eso, cuando hay una donación es mejor gastarla en un ladrillo -si es que este se necesita-, porque eso queda allí. Quizás en el Hospital de San José se gasta los US$ 300.000 en un mes de funcionamiento.

Vale la pena que se investigue bien en qué se gastó esa plata; lo vale la memoria de este hombre que tuvo esta actitud, donando el producto del trabajo de toda su vida y, seguramente, también de la vida de sus padres y sus abuelos. Hay que hacer justicia en ese sentido.

SEÑOR PATERLINI.- El señor Diputado Olano Llano preguntaba en qué se gastó ese dinero y yo puedo decir que tanto en la Emergencia como en la sala de cirugía se hizo lo que ya estaba hecho. Se

gastó US$ 1:070.000 y no se equipó nada. De la Emergencia adujeron que el farol de las ambulancias más grandes pegaba sobre una viga. Un día me tomé el trabajo de pedirle a un constructor que me explicara. Me contestó que era muy sencillo, pues alcanzaba con ahondar cuarenta centímetros, descontar veinte centímetros de la viga y se acababa el problema. Cuando le pregunté sobre los caños me contestó que para eso estaban los codos.

Respecto a lo manifestado por el doctor Roquero, del maltrato todos salimos dolidos y a muchos nos costó no poder dormir. Más allá de ser de izquierda o de derecha, soy un ciudadano común y corriente que lucho por una sociedad más justa y quiero que a todos se nos respete por igual. Creo que demostramos el respeto que tenemos, pues se podían haber contestado muchísimas cosas. La situación fue tremendamente dura, sobre todo cuando se atacó a la hija del doctor Roquero, la doctora Elena Roquero, quien en este tema no tiene absolutamente nada que ver porque nunca abrió la boca para hablar sobre el CTI ni sobre el hospital.

Sigo sosteniendo que se trata de un tema económico. Una persona muy allegada a la Cooperativa Médica de San José me dijo en cierta oportunidad que si la Asociación Médica no estaba de acuerdo no podríamos lograr el CTI. Pensé que estaba loco, pero tenía razón. Estoy en contra de que la actual Dirección sea cooperativa, porque tienen intereses en el sistema de salud. Ellos jamás dijeron nada sobre las carencias del hospital, y se vienen a acordar ahora de que está sucio o de que la calefacción no funciona, pero eso ya se sabía. En cambio, siempre se encargaron de decir no al CTI, y tenemos muy claro el motivo.

Esta Comisión trabajó gratuitamente y le costó muchas calenturas -perdonando la expresión-, rabietas y disgustos. Desde que asumió esta Dirección jamás nos llamó, aunque convocó hasta al perro de la plaza.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hemos seguido este tema durante mucho tiempo. El primer motivo es que siendo practicantes internos fuimos fundadores del Hospital de San José y participamos de la mudanza, aquel domingo en que todo el pueblo colaboró en el traslado del hospital viejo, liderado por alguien que estaba vinculado a la radio, el señor Esguila. También estuvimos vinculados durante mucho tiempo al doctor Roquero, y compartimos con mucho gusto su amistad y su profesionalidad. El segundo motivo es que somos médicos intensivistas, y el tema de la política insertada en el sistema de salud lo conocemos y tenemos posición al respecto. El tercer motivo es que hace tres Legislaturas que integramos esta Comisión, y sabemos que por aquí han pasado infinidad de veces quienes se ocupan de este asunto.

El mecanismo de funcionamiento de esta Comisión es conocer las posiciones de los diferentes actores sociales con respecto a un tema. En este caso los planteamientos se reiteran, por lo que pondremos a disposición de los señores Diputados las versiones taquigráficas de sesiones anteriores. Vamos a discutir el tema para determinar el planteamiento que haremos a la señora Ministra el 12 de abril, cuando venga a esta Comisión, a los efectos de trasmitirle la versión objetiva de lo que hoy nos propusieron. También le haremos saber nuestra posición luego de que la discutamos internamente.

Les agradecemos mucho por su presencia y les damos la seguridad de que vamos a analizar el tema y a realizar las funciones que ustedes esperan del Parlamento, es decir, el control y el seguimiento del asunto.

(Se retira de Sala la delegación de la Comisión Pro CTI del Hospital de San José)

(Ingresa a Sala una delegación de la Asociación de Familiares y Pacientes Oncológicos del Hospital de San José)

——La Comisión tiene el gusto de recibir a una delegación de la Asociación de Familiares y Pacientes Oncológicos del Hospital de San José, integrada por la doctora Selva María Peón y los señores Sergio Ferrada y Roberto Basigaluz, quienes con fecha 27 de marzo nos hicieron llegar una nota en la que solicitaban ser recibidos.

SEÑORA PEÓN.- Antes que nada debemos disculpar a la Comisión Directiva de AFAPAO, que es una asociación civil sin fines de lucro que trabaja para el paciente oncológico y cuyos integrantes no pudieron hacerse presente por razones laborales. En representación de la Comisión Directiva se encuentra presente el señor Sergio Ferrada, integrante de la Comisión Fiscal y el señor Basigaluz, integrante de la coordinación general de AFAPAO. Nuestra intención era hacer un diagnóstico de la

situación del paciente oncológico en el Hospital de San José, pero me gustaría que el señor Ferrada explicara cómo nace AFAPAO, en base a qué necesidades.

SEÑOR FERRADA.- Quiero poner en conocimiento de la Comisión que, aparte de integrar este movimiento, soy paciente oncológico.

AFAPAO nace cuando empezamos a ver las dificultades que teníamos en el hospital para adquirir los medicamentos, ya que estos llegaban fuera de tiempo y teníamos que venir hasta Montevideo, molestando a la oncóloga, que era quien estaba al frente del hospital. Muchas veces la culpábamos por no conseguir los medicamentos, pero ahora la invitamos a integrar este grupo.

Unos cuantos pacientes y familiares decidimos reunirnos y solicitar a las autoridades ser atendidos, porque estábamos desamparados. De esta forma fuimos agrupándonos, hasta formar AFAPAO. Intentamos llegar a las autoridades pero no se nos abrían las puertas. En un momento hicimos llegar una carta abierta al señor Ministro y a partir de allí fuimos invitados a concurrir al Ministerio. Solicitamos una entrevista y pedimos que estuviera el Director del Instituto Nacional de Oncología, el doctor Riotorto, quien nos recibió junto con el señor Félix González, por el Ministerio. A partir de ese momento comenzamos a trabajar más directamente con el Ministerio, a fin de lograr nuestros objetivos. No solo estábamos dispuestos a reclamar sino también a trabajar, que es lo que ha hecho hasta ahora esta asociación civil. Tenemos una masa de socios, que nos apoya, considerable para San José. Hemos conseguido dos sillones cama para la sala de quimioterapia y que se nos done una heladera. Próximamente, se nos va a donar un equipo de aire acondicionado que vamos a instalar en esa salita. Sin embargo, todavía seguimos tropezando con piedritas dentro del hospital. Si bien solucionamos los problemas de medicación, seguimos luchando por los servicios. Hemos logrado que se restaurara el mamógrafo que había en el hospital. En un principio se manifestó que el servicio se había cortado porque el mamógrafo estaba roto, pero cuando asistimos a la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer se nos puso en conocimiento de que nunca había estado roto. Nunca quedó claro por qué se había dejado de usar. También luchamos por la restauración de la quimioterapia, que ya no se hacía más en San José.

Siempre estoy detrás del paciente oncológico, tratando de ayudar o de orientarlo. El problema al que nos enfrentamos los pacientes es que no se reconoce el servicio que existe en el hospital. Cuando se me hizo la cirugía en el Hospital Maciel por el cáncer de pulmón, me dijeron que continuara mi tratamiento con la oncóloga de San José. Cuando llegué al Hospital de San José, traté de conectarme con ella, pero me dijeron que no había oncóloga. Volví al Hospital Maciel y le dije al cirujano que se había equivocado y que no existía oncóloga en San José. Me insistió, por lo que volví a San José y finalmente me dijeron que había una oncóloga. A partir de ese momento me atiendo con la doctora Peón.

En este momento venimos a presentar un proyecto de la doctora relativo a los cuidados paliativos, ya que este es uno de los objetivos de AFAPAO. Como en el día de ayer nos enteramos de que sigue sin ser reconocido el servicio en San José, consideramos que lo primero era plantear ante la Comisión esta omisión que se hace, en un momento en que se habla de descentralizar la salud. Como hemos logrado tener un Presidente oncólogo, creo que es el momento apropiado para replantear este caso ante las autoridades. Reitero que pretendemos que se reconozca en San José la existencia del servicio.

Me gustaría que la doctora, que es la técnica que está dentro del hospital con el paciente oncológico, desarrollara lo que ha visto hasta el momento.

SEÑORA PEÓN.- Voy a dar lectura al acta de una reunión que surge como consecuencia de esa carta abierta.

Antes que nada tendríamos que esclarecer la situación del servicio de quimioterapia en el Hospital de San José ante el Ministerio de Salud Pública. El Decreto Nº 124/2002, Circular Nº 32, en su artículo 2º establece cómo se debe dar asistencia al paciente oncológico y determina que las instituciones tanto públicas como privadas que realicen asistencia oncológica deberán contar con oncólogos médicos y radioterapeutas, estos últimos en la medida en que tengan servicios de radioterapia propios.

Aquí se ha incurrido en una violación de este Decreto. El acta de la reunión efectuada en el Ministerio de Salud Pública el 30 de diciembre de 2003, como consecuencia de esa carta abierta, dice: "En la ciudad de

Montevideo el día 30 de diciembre de 2003, a la hora 10.00, se reúnen en la Dirección de Agudos del Interior de ASSE, la Directora del Centro Departamental de San José, Dra. Susana Nicola; el Director del Instituto de Oncología, Dr. Rubens Riotorto; la Presidenta de ADUSS, Sra. Eloisa Barrera; el integrante de la Comisión de Apoyo del Centro Departamental de San José, Dr. Federico Diana; Adjunto de la Dirección del Programa de Agudos del Interior, Dr. Félix González, y por la Dirección General de ASSE, Dr. Gerardo Pose.- En función de lo manifestado en nota por Agrupación de Amigos, Familiares y Pacientes Oncológicos (AFAPAO) y por la Directora del Centro Departamental de San José, es que se convoca a esta reunión, a la cual por fax (que se adjunta) recibido a la hora 10.32 la AFAPAO comunica que no concurrirá.- Después, ellos van a explicar por qué AFAPAO no concurre.

Y continúa: "Dada la situación planteada con los pacientes oncológicos de la ciudad de San José, se resolvió citar a esta reunión a los efectos de encontrar una solución definitiva.- Se consideró conveniente que los tratamientos con quimioterapia a los pacientes oncológicos en el Centro Departamental de San José sean realizados por la Licenciada en Enfermería Ana María Arada bajo la supervisión técnica del Director del Instituto de Oncología Dr. Ruben Riotorto y bajo la dependencia administrativa de la Directora del Centro Departamental de San José, Dra. Susana Nicola. Concomitantemente la Dra. Susana Nicola designará una nurse dependiente de aquel Centro para ser entrenada en el Instituto de Oncología en la administración de citostáticos.- De todo lo actuado se le comunicó telefónicamente [...] a la integrante de AFAPAO, señora Rosario Álvarez".

Acá se viola el decreto que establece que para dar asistencia oncológica se debe contar con un oncólogo en la policlínica. Acá se dice que depende técnicamente del doctor Ruben Riotorto, Director del Instituto de Oncología. Se debe esclarecer la situación y el Ministerio de Salud Pública debe reconocer que el servicio de quimioterapia depende de la Unidad Ejecutora del Hospital de San José, no del Instituto de Oncología. Este Instituto otorga la supervisión a cada servicio de cada Unidad Ejecutora, pero no hay una dependencia técnica. El doctor Riotorto, en ese momento Director del Instituto de Oncología, no hacía la policlínica oncológica del Hospital de San José. Esto fue lo que más nos golpeó, porque se pasa por alto un decreto.

Por otra parte, actualmente no se ha reconocido al paciente con enfermedad avanzada como un problema nacional de la salud en Uruguay. En nuestro país fallecen 7.500 pacientes anualmente, según la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Las razones de por qué se consulta en forma avanzada son multifactoriales. Puede deberse a la idiosincrasia del uruguayo o a la falta de acceso a los centros específicos de oncología. También hay tumores que dan sintomatología en forma tardía, después de muchos años de evolución. Otra de las razones es la falta de acceso, de pase al oncólogo por los médicos generales. Este también es un punto a destacar.

Queremos articular iniciativas gubernamentales volcadas a la atención de estos pacientes con gran dolor; una de las características de los pacientes en esta etapa terminal es el dolor. Se debería crear un programa nacional de salud, con inserción de los cuidados paliativos como punto de partida desde San José, de manera de descentralizar la asistencia y los programas de salud. El proyecto de unidad de cuidados paliativos para el Hospital de San José fue presentado por quien habla a nivel departamental, con fecha 25 de junio de 2002, en la Dirección del Hospital de San José y también en el Ministerio de Salud Pública. Los cuidados paliativos estarían dando atención al paciente en la etapa terminal -atención en la agonía-, con el núcleo familiar, dentro del ámbito del hospital y en el domicilio. Así se estaría creando una infraestructura donde se visita al paciente con personal de enfermería y se le administra la medicación. Esto se haría a través de un equipo de profesionales, contando con una asistente social y una psicóloga. Si la situación del paciente se complica, podría ingresar al hospital, pero de ese modo se evitaría en gran parte la internación y todos sus costos, que no son pocos. Es decir que habría que crear la infraestructura para atender al paciente en la agonía dentro del domicilio.

Otra propuesta que tenemos es que haya un área física destinada al uso exclusivo del paciente oncológico dentro del Hospital de San José, con todo lo que sea necesario, incluido personal capacitado. Necesitamos tres unidades de enfermería, ya que tenemos una sola licenciada en enfermería que hace la quimioterapia y además cubre la sala, porque faltan dichas unidades. Es decir que esta enfermera hace quimioterapia y, simultáneamente, va a sala.

También se debe proveer de una cámara de flujo laminar a la sala de quimioterapia del Hospital de San José, lugar donde se prepara la medicación citostática. Digo esto pensando en el ideal para un mayor "pool" de

pacientes. Si los señores Diputados observan el folleto que les entregamos, advertirán que en el lado derecho está la nurse, el filtrado de aire, las máscaras con las cuales prepara la medicación para administrarla, los sillones y las bombas de infusión. Esto ocurre en el Hospital de San José. Ese servicio no está en el sistema privado; se logró en base al trabajo que hizo AFAPAO, esta asociación que es producto de familiares y de pacientes oncológicos. La cuota social de los socios de AFAPAO es de $ 5, cosa de que todos los pacientes hospitalarios puedan pagarlo, no se sientan menos y lo hagan con mucho gusto. Eso se logró con la gente del hospital, la gente de asistencia, quienes muchas veces no tienen Primaria ni Secundaria hecha y no saben cómo manejarse en cuanto a subir a un ascensor, manejar un teléfono monedero y no tienen para comer. A veces me dicen: "Yo, antes que de mi cáncer, me voy a morir de hambre, doctora". A veces, cuando vienen a la policlínica me dicen: "¿No me presta plata?".

Otro punto tiene que ver con Se debe conseguir un mamógrafo móvil para las mujeres rurales y barriales y ajustar el mismo servicio en el Hospital de San José. No existe un médico que en el Hospital del San José informe las mamografías. Todas son derivadas a Montevideo, no porque no haya un técnico -sí lo hay- sino porque por problemas con la administración anterior el mamógrafo estuvo inactivo un año. Se prefirió que estuviera roto; después no sabemos qué pasó. Luego, parece que había problemas entre el técnico y la Dirección anterior. Después de la carta abierta de AFAPAO, se puso en marcha el mamógrafo. Actualmente, se hacen 40 mamografías mensuales en San José -incluyendo las de urgencia y las oncológicas-, lo que da un total de 480 por año. Cuando estaba el técnico, se hacían 100 por mes, o sea, 1.200 por año. Además, se hacen 35 papanicolau semanales: 140 mensuales y 1.680 anuales. Téngase en cuenta que en San José hay 51.000 habitantes; tengo en mi poder las edades, si así lo desean.

La idea es generar un compromiso para solventar los costos del funcionamiento técnico del mamógrafo. Esto lo procura la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer y es gratuito, porque los fondos provienen de los impuestos a las tabacaleras. De todas formas, es necesario averiguar cómo es el convenio marco.

Lo que nosotros queremos es que se ajuste el servicio de mamografía y que estos estudios sean informados en San José porque actualmente se hacen en este departamento -un número muy limitado: 40 mensuales-, se informan en Montevideo y los resultados tardan dos meses en volver. Es decir que reivindicamos el derecho a acceder fácilmente a los exámenes de papanicolau y de colposcopía para la prevención del cáncer de cuello uterino. En San José es más fácil hacer un curso que una colposcopía.

Asimismo, solicitamos la creación de un servicio quirúrgico y descentralizar las cirugías. En su mayoría, las intervenciones de envergadura son derivadas a hospitales de Montevideo. Por ejemplo, no se hace una amputación abdominoperineal ni una esofagectomía porque los pacientes tienen que pasar por un CTI. En definitiva, se operan algunas hernias, várices y mamas, aunque no están siendo atendidas por los médicos de la coordinación sino por los de emergencia -guardias de retén-, que concurren sábado y domingo. Por ejemplo, en cuanto a las mamas, se hace una cuadrantectomía y al mes se le hace el vaciamiento axilar, cuando tendría que ser un solo acto quirúrgico y no dos intervenciones, una de ellas diferida en el tiempo.

Entonces, solicitamos que se cree un servicio quirúrgico porque si el paciente continúa con su tumor, ¿qué resultado puede tener con la quimioterapia? La quimioterapia va a actuar una vez realizada la extirpación del tumor, cuando la población tumoral es mínima, porque después es todo paliativo.

Con respecto a los cuidados paliativos, hay normas de convivencia, y una sociedad civilizada tiene que ser capaz de dar asistencia en la agonía. Uno de los principios de la bioética es la no maleficencia, o sea, no hacer daño; es lo más antiguo. Los cuidados paliativos están basados en la adistanasia: no adelantan ni retrasan la muerte, no acortan ni alargan la vida, no se enfrentan con la vida aunque tampoco se empeñan por ella. No matan pero sí dejan morir.

Discúlpenme, pero esta situación me ha desbordado porque no sabía que estaba de esta manera. Creí que el servicio de quimioterapia estaba reconocido desde hacía mucho, pero me encuentro con que no existe. A nivel de Salud Pública, no existe quimioterapia. El doctor Riotorto es quien está a cargo del servicio de quimioterapia y ahora no sé cómo se va a manejar esto.

Acá hay decretos y publicaciones. No importa lo que digan los diarios porque siempre interpretan y escriben lo que quieren, pero tengo toda la documentación en mi poder y si ustedes lo desean puedo dejarles una copia.

SEÑOR BASIGALUZ.- En primera instancia, quiero aclarar que la comunicación que recibió AFAPAO para asistir a esa reunión que hubo en la Dirección de Unidades Asistenciales del Interior no fue del Ministerio sino de un particular que no es funcionario de dicha Cartera. Además, la comunicación fue hecha telefónicamente y creo que menos de veinticuatro horas antes de dicha reunión. Esto lo queremos aclarar porque AFAPAO no concurrió porque no fue invitada formalmente. No lo tomamos como una invitación porque fue una convocatoria de un tercero, que nada tiene que ver con el Ministerio, y fue hecha en forma telefónica.

En esa reunión se tomaron una serie de resoluciones, pero uno de los actores fundamentales que exigió encarar este tema no fue invitado formalmente.

Acá tiene que quedar claro que desde el inicio hay cosas que quedan fuera. Una vez que se estaba encarando este asunto y que se estaba definiendo algo supuestamente importante, como era un servicio, no se invitó a quien estaba al frente de ese servicio, que era la oncóloga, como tampoco otros actores.

Por otra parte, debo aclarar que el contenido de este "mailing" refiere nada más y nada menos que a los estatutos de esta asociación civil. En la primera carilla están los aspectos de prevención, luego el aporte de la sociedad civil de acuerdo con sus posibilidades y, finalmente, está lo relativo a la atención al paciente oncológico, por lo cual era importante la firma de la oncóloga como aval -por su profesión, su especialidad- ya que toca aspectos hasta de ética.

Si ustedes ven el "mailing", encontrarán el logo de la Intendencia. Esto es importante remarcarlo porque esta asociación civil ha logrado en poco tiempo un compromiso extrapartidario, de todos los distintos actores sociales y políticos de la sociedad maragata. Desde un comienzo tuvimos un referente en el área de la salud, que es el proceso que se ha dado en una sociedad como la de Tacuarembó, dirigida por el doctor Ciro Ferreira, con quien tenemos contacto. Hemos prometido visitarlo, pero por razones económicas todavía no lo hemos podido hacer. Tenemos un referente en base al cual pretendemos caminar. No es copiar, sino tenerlo como referente real. No es un referente abstracto; es un referente concreto respaldado por todo un proceso y una dirección de lo que debe ser la salud pública, en la que tienen lugar también las empresas privadas de la salud. Estas conviven, no se contraponen, no se oponen, no son competencia. Se demuestra claramente que con el compromiso de la sociedad y de los distintos actores se puede fortalecer la salud pública.

Es un claro ejemplo y un gran referente. No involucro a AFAPAO, pero a mí particularmente me llama la atención que cuando se tocan aspectos de política de salud no se tenga en cuenta lo que se ha hecho en el departamento.

En cuanto a lo que ha logrado AFAPAO en ese corto tiempo, por suerte hay aquí representantes de San José que pueden avalar o no lo que yo digo, pero ya hay un nivel de conciencia, a través de lo actuado. AFAPAO es fruto de todo un trabajo de la doctora en el Hospital, con un compromiso con la salud pública, no en el planteo sino en su trabajo.

Hay que dar el lugar que corresponde a las cosas logradas porque, pese a los pequeños fondos que manejamos, AFAPAO a través de sus gestiones ha podido encarar y resolver estos temas. Hemos ido directamente a atacar estos problemas y constantemente tuvimos que venir a Montevideo para salvar vallas burocráticas y administrativas que parecían imposibles. Hemos concretado muchas cosas.

Por último, quiero abordar el tema de las policlínicas. En San José existen las policlínicas barriales y se da un compromiso directo a través de esos barrios. No sé si se ha evaluado el tema de las policlínicas y de su funcionamiento. El hecho concreto es que existe voluntad por parte de cada uno de los barrios para apoyar ese tipo de policlínicas. A nuestro entender faltaría una orientación ética para esas policlínicas. ¿A qué me refiero? A que los médicos generales que están en esa atención se rijan por la ética médica, comiencen los estudios necesarios y deriven a especialistas en tiempo y forma. De nada valdría tener policlínicas barriales si no se cumple con esta ética. Yo no soy profesional, pero simplemente trasmito lo que surge de las distintas gestiones que hemos realizado. Cuando las hicimos con el nuevo equipo de salud, una de las cabezas directrices de ese equipo, el doctor Tabaré González, ante un relato de cómo llega un paciente al servicio del hospital a través de la policlínica nos manifestó que eso era respetar la ética médica.

SEÑORA PEÓN.- Las pacientes con cáncer de mama son derivadas a los hospitales de Montevideo para hacerse quimioterapia, cuando en el hospital hay un servicio de quimioterapia en el que contamos con todo. No son derivadas al hospital sino trasladadas a Montevideo por los mismos colegas. Me gustaría saber por qué ocurre esto y que se abriera una investigación para determinar por qué se derivan a Montevideo cuando hay un servicio de quimioterapia.

SEÑOR CASAS.- Quiero agradecer la presencia y la atención que se ha dado a estos dos casos de San José.

Afirmo lo que ellos decían: los hemos visto trabajar en esta Comisión de enfermos oncológicos poniendo sangre en cada una de las decisiones. Los hemos visto personalmente en el hospital y por eso entendemos la emoción que manifestaba la doctora Peón al referirse a este tema. Muchas veces las personas se despojan de su profesionalismo para poner contenido humano a lo que dicen. Hoy en día creo que eso es sumamente importante.

Quiero agradecerles, entonces, por haber logrado una continuación al tema que veníamos tratando, el Hospital de San José. Hay temas que se enraban, por ejemplo cuando advertimos que el Hospital muchas veces tiene la infraestructura y los mecanismos para funcionar, pero falla en la parte administrativa. Será cuestión de estudiar todos estos temas y trasladárselos a la señora Ministra cuando en la próxima semana nos esté visitando en el Parlamento.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se levanta la reunión.